

15 artículo

Encarnación Cruz Martos [Buscar autor en Medline]



Continuidad asistencial en farmacoterapia

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción

En la actualidad el Estado Español ofrece a los ciudadanos una asistencia sanitaria universal (nadie queda excluido de sus beneficio) equitativa (igualdad de acceso y tratamiento) y gratuita. Esta asistencia sanitaria se presta, en el actual marco de las autonomías por los diferentes servicios de salud, que han tenido en los últimos años una importante y decisiva transformación desde un enfoque tradicional en el que el profesional sanitario ocupa el centro del sistema como agente decisor del paciente, hacía un modelo en el que el paciente tienen un papel más proactivo en los temas referentes a su salud. De esta forma el ciudadano se ha convertido en el centro y protagonista del Sistema Sanitario público basado en una concepción integrada del mismo. El ciudadano debe formar parte del Sistema Sanitario, sentirse parte de él porque es el objeto y la razón de ser de las organizaciones sanitarias y, por ello, todas sus actividades deben ir encaminadas a satisfacer sus necesidades y demandas.

Este concepto integral del sistema sanitario centrado en el paciente ha mostrado de forma evidente la necesidad de que todas las Instituciones, tanto del nivel especializado como del nivel primario, organicen su funcionamiento de forma coordinada, ya que en muchas ocasiones el producto de salud es ofrecido conjuntamente por ambas. Pero la continuidad asistencial va más allá de la simple coordinación de tal forma que ya en 1997 Hennen la clasificó en cuatro dimensiones: cronológica (atención a lo largo de la historia natural de la enfermedad), geográfica (el profesional más cercano al paciente), interdisciplinaria (considera al individuo en su entorno y en su conjunto) e interpersonal (relación médico-paciente, relación con su familia y relaciones interprofesionales).

Sin embargo, aunque la continuidad asistencial, la coordinación entre los diversos dispositivos sanitarios y, muy especialmente, entre atención primaria y atención especializada, es un objetivo esencial siempre enunciado, no siempre ha sido bien resuelto. Las estrategias de mejora de la continuidad asistencial son uno de los grandes retos que tiene el Sistema Sanitario Público para los próximos años.

Ya en el año 1986, la Ley General de Sanidad¹ establecía en su artículo 46 la coordinación como una de las características claves del Sistema Nacional de Salud, considerando a las Áreas de Salud como las estructuras fundamentales para organizar un sistema sanitario coordinado e integral. Más de 20 años después sigue detectándose a la necesidad de una continuidad asistencial como uno de los aspectos relevantes para la mejora de la atención que se presta al paciente; así lo ha puesto de manifiesto en el *Proyecto AP21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España*² liderado por el Ministerio de Sanidad y Consumo que ha propuesto una serie de estrategias para la mejora de la continuidad asistencial que se muestran en la **tabla 1**.

La coordinación en farmacoterapia

Dentro de la Asistencia Sanitaria, la prestación farmacéutica resulta fundamental para conseguir mantener o recuperar la salud de la población. Y se ha ido haciendo cada vez más especializada con la aparición de nuevos y más eficaces medicamentos para el tratamiento de enfermedades que antes no se conocían y con el establecimiento de hábitos de vida más saludables porque es mejor prevenir que curar.

Con el fin de responder al nuevo concepto de sistema sanitario centrado en el paciente la Farmacia ha ido cambiando en los últimos años, pasando de una farmacia centrada en la dispensación a una farmacia enfocada a un paciente que cada vez exige una mayor

bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Marco Estratégico para la Mejora de la Atención Primaria. Proyecto AP21.** [consultado el 18/6/2007].
3. **Resolución ResAP(2001)2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria** (Adoptada por el Consejo de Ministros el 21 de marzo de 2001, en la 746 reunión de Delegados de los Ministros). (Consultado 20/6/2007)
4. Developing Pharmacy Practice. **A focus on patient care.** 2006. World Health Organization. Department of Medicines Policy and Standards. Geneva, Switzerland. (Consultado 14/07/2007)
5. **Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.** (Consultada 18/06/2007)

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



participación y que desea formar parte activa en la curación de su proceso. Centrar la Farmacia en el paciente exige del farmacéutico la colaboración con todos los profesionales de la sanidad y en particular con los farmacéuticos de los distintos ámbitos asistenciales. en orden a asegurar una prestación farmacéutica de calidad y un uso adecuado y seguro de los medicamentos.

Si nos ceñimos al uso del medicamento la coordinación va más allá de la atención primaria y especializada dado que, realmente el producto final no está cerrado hasta que no se produce la dispensación, por lo que identificamos aquí otro actor candidato a las tareas de coordinación, la oficina de farmacia. Por otra parte, es conocido que la población anciana es la mayor consumidora del recurso farmacológico, por lo que las residencias de la tercera edad constituyen una Institución clave para el establecimiento de medidas de colaboración tendentes a procurar un mejor uso del medicamento. Tenemos pues varios ámbitos en los que el farmacéutico tienen el deber y la obligación de coordinarse entre sí y con otros profesionales en orden a asegurar una prestación farmacéutica de calidad y un uso adecuado y seguro de los medicamentos.

Este papel del farmacéutico ha sido respaldado por el Consejo de Ministros del Consejo de Europa que en su Resolución ResAP(2001)2³ relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad en el uso de los medicamentos establece la necesidad de:

1. Asegurar el intercambio de información entre el equipo hospitalario y el ámbito ambulatorio.
2. Instaurar sistemas de vigilancia que impliquen a los farmacéuticos de toda la cadena del medicamento.
3. Poner en marcha redes de comunicación que incluyan a los farmacéuticos hospitalarios, los farmacéuticos de oficina y los miembros de los equipos de atención Primaria, los médicos y las autoridades sanitarias.

Pero para lograr estos objetivos el farmacéutico tiene que tener una actitud especial y poseer una serie de habilidades (**Tabla 2**). Esto es lo que la OMS denomina el farmacéutico siete estrellas⁴; " El farmacéutico debe cuidar de la salud de los pacientes y para ello tiene que tener habilidades comunicativas y actitudes para tomar decisiones y para liderar equipos multidisciplinares o programas de salud en los que es experto, tiene que asumir el papel de educador para enseñar a los ciudadanos cómo velar por su propia salud y cómo utilizar los medicamentos, tiene que estar formándose continuamente y debe saber manejar adecuadamente fuentes fiables de información sobre medicamentos".

Parece evidente pues, que una organización de calidad en lo referente a la atención farmacéutica requiere de la coordinación, pero este aspecto no debe quedar sólo en la teoría si no que debe pasar de forma eficaz a la práctica y para ello es imprescindible que existan profesionales que se responsabilicen de alguna forma de que estas actuaciones se lleven a cabo. Cualquier profesional farmacéutico puede actuar en este sentido si bien es cierto que la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios⁵ en su artículo 81 establece que: "Para contribuir al uso racional de los medicamentos las unidades o servicios de farmacia de atención primaria realizarán las siguientes funciones:..... e.- Impulsar la coordinación en farmacoterapia entre diferentes estructuras sanitarias y niveles asistenciales y promover una investigación clínica en farmacoterapia de calidad y adecuada a las necesidades de los pacientes, garantizando la correcta custodia y dispensación de los productos en fase de investigación clínica."

La responsabilidad del farmacéutico de Atención Primaria sobre la consecución de los objetivos de la farmacoterapia no se debe llevar a cabo aisladamente, sino que debe realizarse en colaboración con el resto de los profesionales sanitarios. Sin embargo, los conocimientos y el papel que ocupa el farmacéutico de atención primaria en el proceso de utilización de medicamentos le hacen el profesional idóneo dentro del equipo sanitario para ser el promotor de la mejora de dicho proceso.

Ventajas e inconvenientes de la coordinación en farmacoterapia

Como se ha expuesto anteriormente la continuidad asistencial es claramente beneficiosa para el paciente dado que proporciona una mayor accesibilidad, mejor integración sociosanitaria, resultados clínicos óptimos, bidireccionalidad de la información clínica relevante y mayor satisfacción. Mayor satisfacción que es también una de las ventajas que supone la coordinación para los profesionales sanitarios pues de esta forma se pueden establecer cauces de comunicación entre profesionales que faciliten el intercambio de información tanto de medicamentos como de los pacientes.

Sin embargo no hay que olvidar que existen obstáculos para una adecuada coordinación² que provienen tanto del área profesional como de la misma organización. Entre los profesionales por la existencia de competencias profesionales, celos y desconfianzas mutuas, por la ausencia de objetivos asistenciales compartidos, falta de guías o protocolos comunes, por las discrepancias en las pautas terapéuticas, así como por cierto desinterés y desmotivación. Los obstáculos generados por la propia organización se deben a desconocimiento mutuo (tanto de clínicos como de gestores), la falta de comunicación,

diálogo y pacto, las discontinuidades cuando los pacientes saltan de un nivel a otro, las dificultades para el acceso entre profesionales, la sobrecarga de algunos servicios y consultas de atención primaria y, finalmente, la dificultad de disponer de información terapéutica compartida, sistemas de información incompatibles entre niveles, etc.

Estrategias de coordinación

Para lograr la continuidad asistencial se ha llevado a cabo desde hace tiempo distintas estrategias cuyo objetivo final es mejorar la coordinación entre los distintos profesionales que atienden al paciente. Podemos agrupar estas estrategias según el tipo de actuaciones llevadas a cabo en las siguientes

Estrategias centradas en la creación de Comisiones Específicas:

Existen varios ejemplos de este tipo de estrategias⁶, quizás la más extendida fue la creación en el año 1993 de las Comisiones de Uso Racional del Medicamento en el año en las 57 áreas sanitarias gestionadas por el extinto INSALUD, que llegó a tener unas normas de funcionamiento propias y homogéneas reflejadas en la Circular 4/93. En dicha Comisión participaban como miembros tanto farmacéuticos de atención primaria como del ámbito hospitalario siendo uno de sus objetivos la coordinación de ambos niveles asistenciales en lo referente a farmacoterapia.

Posteriormente se han creado otras estructuras como las Comisiones Paritarias de Atención Primaria y Especializada o las Comisiones Interniveles. Su objetivo es constituir un foro donde se logren consensuar, entre Atención Primaria y el hospital, todos aquellos aspectos técnicos, administrativos, científicos, organizativos, e informativos que puedan redundar en una mejor utilización de los medicamentos y que permita una adecuada corresponsabilidad de ambos niveles en el seguimiento y control de los tratamientos. La característica común de todas ellas es que participan miembros del sistema público, sin integración de los farmacéuticos de las oficinas de farmacia o de los centros socio sanitarios.

Recientemente, en el año 2005, tomando como base el Concierto suscrito entre la Consejería de Sanidad y el Colegio Oficial de Farmacéuticos⁷ de la Comunidad de Madrid se han creado los Grupos de Coordinación Asistencial con el objetivo de promover la creación de plataformas y canales de comunicación adecuados para la necesaria coordinación entre las actuaciones profesionales de los farmacéuticos de oficina de farmacia y el resto del equipo asistencial en cada una de las áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid. En dichos grupos participan médicos, enfermeras y farmacéuticos tanto de atención primaria y especializada como de oficina de farmacia.

Estrategias centradas en la utilización de documentos comunes de actuación.

- Elaboración de Guías o Formularios de Farmacoterapia, conjuntos entre atención primaria y especializada en donde se recogen aquellos fármacos de utilización preferente de acuerdo con las patologías más prevalentes de la zona asistencial.
- Elaboración de Protocolos de Tratamiento Consensuados en las que generalmente participan médicos de atención primaria y especializada.
- Elaboración de Guías Farmacogeriátricas, como consecuencia del desarrollo de la atención farmacéutica en el ámbito socio-sanitario. La farmacoterapia en las personas mayores tiene características muy específicas como la pluriprescripción, la polimedicación, el incumplimiento terapéutico, mayor riesgo de reacciones adversas o de interacciones medicamentosas, unido a las alteraciones en los parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos de los medicamentos en este grupo poblacional. Por ello se han desarrollado de forma coordinada guías de tratamiento específicas para este grupo de edad. Ejemplo de ello es la **Guía Farmacogeriátrica de la Comunidad de Madrid**⁸, y en la que han participado además de médicos de primaria y especializada, médicos especialistas en geriatría que desarrollan su trabajo en residencias sociosanitarias públicas y privadas.

Estrategias centradas en la atención farmacéutica/seguimiento farmacoterapéutico.

- Atención Farmacéutica en consultas externas: Las prescripciones realizadas a los pacientes al alta, en urgencias y consultas externas inducen a las prescripciones que con posterioridad son llevadas a cabo en el ámbito de la atención primaria. De esta forma se genera una "farmacoterapia inducida" que puede cifrarse en torno a un 40-60%. Por ello en diferentes comunidades autónomas como Galicia, la Comunidad Valenciana o Madrid se ha creado la figura del farmacéutico de consultas externas como elemento coordinador de las prescripciones realizadas en ambos niveles. Además en Galicia el farmacéutico de atención primaria a través de las consultas farmacéuticas también colabora en esta coordinación.
- Programas específicos de seguimiento farmacoterapéutico centrados en determinados tipos de pacientes con características específicas. Podríamos citar el programa de seguimiento de crónicos desde las farmacias del barrio de la

Barceloneta en Cataluña⁹ coordinado por el farmacéutico de primaria, que incluye a 1.500 pacientes hipertensos y/o diabéticos diagnosticados en el centro de atención primaria (CAP). Un dato a destacar es que el CAP ha remunerado a las farmacias este servicio en forma de un pago fijo por visita y una parte variable en función de resultados.

La Sociedad Catalana de Farmacia Clínica está llevando a cabo un estudio de seguimiento farmacoterapéutico de pacientes que integrará los tres niveles asistenciales del farmacéutico¹⁰: la Farmacia hospitalaria, la de Atención Primaria y la comunitaria. El proyecto aplicará un programa de Atención Farmacéutica integrada a enfermos con insuficiencia cardiaca y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

También en la Comunidad de Madrid se ha puesto en marcha en mayo de 2006 el Programa de Atención al Mayor Polimedicado¹¹ cuyo objetivo es mejorar el uso de los medicamentos en los pacientes mayores de 75 años que toman seis o más medicamentos. En dicho programa participan de forma coordinada los más de 6.000 médicos y enfermeras de atención primaria de la Comunidad y 889 oficinas de farmacias que se han adherido al mismo de forma voluntaria. Se han incorporado al programa más de 25.000 pacientes.

Estrategias centradas en actividades formativas e informativas.

- Realización de sesiones de farmacoterapia conjuntas entre atención primaria, especializada y oficinas de farmacias. Al realizar este tipo de actividades en las que participan los diferentes componentes de los equipos asistenciales se facilita su conocimiento mutuo y su integración funcional.
- Rotación de farmacéuticos por los diferentes niveles asistenciales en la formación postgrado. Son varias las experiencias en las que residentes de farmacia hospitalaria realizan una estancia en atención primaria o incluso en oficinas de farmacia.

